

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EFICACES

CUANDO LA PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN ES BAJA



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EFICACES

CUANDO LA PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN
ES BAJA

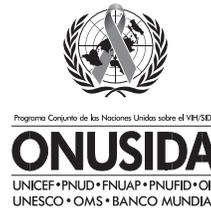
Contribuyeron a este documento las siguientes personas (en orden alfabético):

Tim Brown

Barbara Franklin

Joan MacNeil

Stephen Mills



Esta publicación contó con financiamiento de la U.S. Agency for International Development (USAID), por medio del proyecto IMPACT ejecutado por Family Health International (FHI), bajo el convenio de cooperación HRN-A-00-97-00017-00.

Materiales clave sobre prácticas óptimas

© 2001 Family Health International

Versión en español, febrero 2003

AGRADECIMIENTOS

Las siguientes personas (en orden alfabético) contribuyeron a la elaboración de este documento: Tim Brown, Barbara Franklin, Joan MacNeil y Stephen Mills.

Nuestro agradecimiento a Elizabeth Pisani, Tobi Saidel y Werasit Sittitrai, por haber colaborado en la revisión del documento, y a las siguientes personas que contribuyeron al taller de consulta que precedió la elaboración del mismo: Gilles Poumerol, Aviva Ron, G. Ong, Teodi Wi, James Sonneman, Habibur Rachman, Thomas Rehle, James Chin, Carol Jenkins, Arthurs Jaucian, Malo Quintos, Geeta Sethi, Cheng Feng, Wang Xiachun, Khanthanuvieng Sayabounthavong, Cora Manaloto y Loreto Roquero.

Damos un agradecimiento especial a Ponkamon Winitdhama por su colaboración con la edición del documento.

ÍNDICE

<i>Capítulo 1</i>	Introducción	1
<i>Capítulo 2</i>	Panorama general de los países donde la prevalencia es baja	3
<i>Capítulo 3</i>	Desafíos que enfrentan los países de baja prevalencia	5
<i>Capítulo 4</i>	¿Se mantendrá baja la prevalencia?	7
<i>Capítulo 5</i>	La función de un sistema de clasificación del VIH y el sida en los países de prevalencia baja	11
<i>Capítulo 6</i>	Vigilancia apropiada en los países con prevalencia baja	13
<i>Capítulo 7</i>	¿De qué se trata la prevención eficaz? Factores del individuo, el ambiente y el contexto	17
<i>Capítulo 8</i>	Estrategia de prevención recomendada para los países con prevalencia baja	23
<i>Capítulo 9</i>	Métodos clave en casos de grupos de población específicos	31
<i>Capítulo 10</i>	Conclusión	35

1 INTRODUCCIÓN

Si bien en varios países de la zona de África al sur del Sahara presentan grandes epidemias de VIH, en las cuales más de 25% de su población adulta se encuentra infectada, hay datos epidemiológicos que señalan que en la mayoría de los países del mundo las epidemias son, comparativamente, más concentradas y de menor alcance.

Estos países, donde la prevalencia de la infección por VIH es baja, tienen en común una serie de preocupaciones y problemas por encarar en cuanto a la forma de responder a una epidemia de VIH potencial. Sin embargo, si eligen estrategias de prevención apropiadas y las ponen en práctica oportunamente, tienen también la oportunidad de evitar un gran número de infecciones futuras. Como consecuencia, podrán reducir bastante el costo futuro que podrían generar el VIH y el sida. Este documento tiene por objeto señalar los problemas a enfrentar y proponer una estrategia preventiva, con el fin de mantener la prevalencia baja entre la población en general y, simultáneamente, reducir

las epidemias actuales que afectan a grupos especiales de la población o prevenir las epidemias potenciales entre los grupos de población que practican comportamientos que aumentan significativamente su riesgo de infección.

Las decisiones en relación con la aplicación y enfoque de las estrategias de prevención tienen importancia tanto para los organismos internacionales, como para los países que están programando sus acciones preventivas en relación con el VIH. Ambos sectores tienen que tomar decisiones difíciles sobre los grupos de población o zonas geográficas donde aplicarán las medidas, para garantizar la asignación eficiente de los recursos.

PANORAMA GENERAL DE LOS PAÍSES DONDE LA PREVALENCIA ES BAJA

La forma en que se distribuye la infección por VIH entre diversos grupos de población es sumamente variada. Por ejemplo, en 16 países del África (todos al sur del Sahara), la tasa general de infección entre la población adulta es de más de 10%; en 8 países de la misma zona la tasa se encuentra entre 5% y 10%; en 28 países, la tasa de prevalencia está entre 1% y 5%; en el resto del mundo, o sea 119 países, la tasa de infección por VIH entre la población adulta es de menos de 1%.

Fuera de los países de África al sur del Sahara, los únicos países del mundo que tienen tasas estimadas de más de 1% entre la población general son Haití (5,17%), Bahamas (4,13%), Camboya (4,04%); Guyana (3,01%); República Dominicana (2,8%); Tailandia (2,15%); Belice (2,01%); Myanmar (1,99%); Honduras (1,92%), Panamá (1,54%); Guatemala (1,38%); Suriname (1,26%); Barbados (1,17%) y Trinidad y Tabago (1,05%).¹

Algunos países que se encuentran entre los más poblados del mundo, como son China, India, Bangladesh e Indonesia, notifican actualmente tasas de infección por VIH de menos de 1%. No obstante, por lo menos en la China y la India, estas tasas globales bajas de infección encubren subepidemias significativas que afectan a una gran proporción de sus habitantes. En los estados de Maharashtra, Tamil Nadu, Gujarat, Andhra Pradesh y Manipur, en la India, más de 1% de la población tiene infección por VIH. En la China, en ciertas zonas de la provincia de Yunnan, hay muchas personas infectadas debido a que una proporción alta de su población utiliza drogas inyectables y se expone al VIH por la práctica de compartir agujas. Por otro lado, en algunas partes de Indonesia, la prevalencia de la infección por VIH entre trabajadores sexuales y personas que se inyectan drogas llega hasta 20%.

¹ UNAIDS (2000). Report of the Global HIV/AIDS Epidemic. June 2000 UNAIDS: Geneva.

Actualmente, en muchos países se observan epidemias concentradas, en las que la prevalencia general entre la población se mantiene baja. No obstante, las tasas de infección están aumentando entre algunos grupos de población de alto riesgo, como las trabajadoras sexuales, los usuarios de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Por ejemplo, en Rusia y varios países de Europa del Este se está dando un crecimiento explosivo de los usuarios de drogas inyectables, entre las cuales la prevalencia de la infección por VIH está aumentando velozmente.

En Europa occidental, América del Norte y Australia, se está viendo amenazado el éxito que se obtuvo en el pasado entre grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en cuanto al uso de condones, ya que se está volviendo a los comportamientos más arriesgados. Asimismo, entre las nuevas cohortes, más jóvenes, los individuos no se perciben a sí mismos como personas con comportamiento de alto riesgo de infección por VIH.

Aun en los lugares donde la prevalencia del VIH es baja entre los grupos de población vulnerables, las tasas de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden ser altas, factor que indica que el VIH puede iniciarse en el futuro. Por ejemplo, en varios lugares de Indonesia, por años las trabajadoras sexuales han tenido tasas altas de infección por clamidia y gonorrea. Sin embargo, sus tasas de infección por VIH se han mantenido bajas. La prevalencia alta de ITS y las redes sexuales que la causaron pueden haber contribuido al aumento recientemente registrado de la tasa de infección por VIH entre trabajadoras sexuales de varias provincias, incluidas Riau y Papua.

3 DESAFÍOS QUE ENFRENTAN LOS PAÍSES DE BAJA PREVALENCIA

Los obstáculos que se presentan en los países con prevalencia baja de infección por VIH afectan las respuestas a la epidemia de varias maneras: desde la formulación de políticas hasta la planificación y puesta en marcha de intervenciones preventivas, e incluso, el cambio individual de comportamiento. Este capítulo trata de los problemas más importantes que enfrentan estos países cuando se trata de dar una respuesta de prevención eficaz.

PREVALENCIA BAJA = PRIORIDAD BAJA

En el ámbito de las políticas, cuando la prevalencia de la infección por VIH es baja, los gobiernos no asignan prioridad a la prevención de la infección, especialmente cuando enfrentan otros problemas típicos de los países en desarrollo que compiten por los recursos, como son los de salud, educación, desarrollo económico y defensa nacional. Dado que la epidemia del VIH es invisible y plantea pocas demandas al sector salud en sus primeras etapas, no hay muchas razones obvias para iniciar una respuesta o destinar a la prevención recursos humanos y presupuestarios limitados.

PREVALENCIA BAJA = “ACÁ LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO NO SE DAN, ASÍ QUE NO TENEMOS POR QUÉ HABLAR DE ELLOS”

En algunos países, el hecho de que la prevalencia sea baja se utiliza erróneamente para avalar la noción ampliamente sostenida de que los comportamientos que promueven la transmisión del VIH, como las parejas sexuales múltiples o el hábito de usar drogas inyectables, no se dan en el país. A menudo esto se usa como pretexto para no tomar medidas. Por otra parte, en muchos países hay barreras culturales y religiosas que impiden el diálogo franco sobre asuntos sexuales o relacionados con el uso de drogas. El silencio que rodea estos temas de comportamiento a menudo impide que se dé una respuesta eficaz ante una epidemia potencial de infección por VIH.

PREVALENCIA BAJA = FALTA DE CAPACIDAD Y DE VOLUNTAD DE DAR PRIORIDAD A LA RESPUESTA

En la etapa de planificación de las medidas de prevención, una prevalencia baja de infección por VIH a menudo resulta en una respuesta preventiva que no tiene objetivos claros. Si bien el debate sobre el equilibrio que debe haber entre la intensidad de la prevención dirigida a la población en general y aquella dirigida a los grupos de población más vulnerable es un tema común a todas las etapas de la epidemia, éste se acentúa con mucho fervor y se hace más difícil de resolver en los países donde la prevalencia es baja. Cuando solo hay unos pocos individuos infectados en un país determinado, ¿quién está en riesgo? ¿todos? ¿nadie? Donde la prevalencia es baja, frecuentemente los datos son insuficientes para determinar la dirección que lleva la epidemia, con lo cual se hace aún más difícil determinar dónde podrían las medidas de prevención dar los mejores resultados. La falta de datos de prevalencia también crea dificultades cuando se quiere determinar la eficacia de las medidas preventivas adoptadas.

A menudo hay presiones políticas tangibles que promueven la protección de la población como un todo; simultáneamente, hay actitudes negativas de la sociedad que frecuentemente desalientan la toma de medidas dirigidas a los grupos de población más vulnerable. Lo anterior tiende a generar una estrategia de prevención que ignora casi totalmente a los grupos de población que tienen el riesgo más alto y favorece las medidas dirigidas a las masas. Tales respuestas son menos amenazadoras y conllevan una recompensa política mayor, aun cuando posiblemente sean mucho menos eficaces para prevenir la expansión de la epidemia. En algunos países son tan grandes las barreras sociales y culturales que obstruyen las medidas dirigidas a los grupos de población marginados, como son los de usuarios de drogas inyectables y los HSH, que la percepción del costo político de las medidas de prevención rebalsa los beneficios para la salud pública en la mente de quienes toman las decisiones. Sin embargo, es entre esos grupos de población que el VIH a menudo hace su entrada antes de propagarse más ampliamente. Las primeras medidas preventivas deben dirigirse a las subepidemias que surgen en esos grupos especiales de población, con lo cual se puede lograr reducir la probabilidad de que se dé una epidemia más amplia casi a cero.

PREVALENCIA BAJA = “YO NO TENGO RIESGO”

Aun cuando se apliquen intervenciones apropiadas, es difícil modificar los comportamientos cuando la prevalencia es baja, debido a que los individuos tienen una percepción de que su riesgo de infección es bajo. Donde la prevalencia es baja, incluso los individuos que saben que tienen comportamientos que conllevan un riesgo importante pueden no sentirse “en peligro”, ya que no creen que haya infección por VIH de manera significativa entre sus contactos. Esta falta de percepción del riesgo se acentúa por la ausencia de atención en los medios de comunicación con relación a la epidemia, así como por la ausencia de individuos visiblemente infectados por el VIH o con síntomas de sida que puedan servir de “pruebas” de que existe una epidemia. A principios de una epidemia, cuando más se las necesita, las personas con infección por VIH o sida, cuya participación en las intervenciones preventivas ayuda a promover cambios de comportamiento, a menudo no se encuentran disponibles.

Por ejemplo, la vigilancia del comportamiento realizada en Indonesia entre 1996 y 1999 señaló que la invisibilidad de la epidemia, aunada a la crisis social y económica por la que atravesaba el país, podría haber impedido el cambio de comportamiento entre varios grupos vulnerables. A pesar de que se llevaban a cabo varias intervenciones muy completas por medio de servicios de extensión, mercadeo social de condones y campañas de comunicación masiva, el uso de condón notificado por trabajadores sexuales y sus clientes se mantuvo bajo por un período de tres años, y solo comenzó a aumentar durante el cuarto año.² Estos resultados indican que el proceso de cambio de comportamiento puede tomar varios años de intervenciones intensivas en un país de baja prevalencia. Este mensaje es clarísimo:

“Las intervenciones pueden tomar varios años antes de lograr un cambio de comportamiento, y las expectativas de los gobiernos o de las agencias de cooperación de que se obtengan soluciones de corto plazo no son realistas; de hecho, pueden ser perjudiciales.”

² Center for Health Research, University of Indonesia (2000). Results of the 1996-1999 Behavioral Surveillance Surveys in Jakarta, Surabaya, and Manado. Jakarta: Center for Health Research, University of Indonesia.

¿SE MANTENDRÁ BAJA LA PREVALENCIA?

Cuando un país recibe la designación de “baja prevalencia”, se crea una situación problemática que exige que se aclare, rectifique o elimine tal clasificación. Todos los países, incluso los que han sido gravemente afectados por la epidemia en África al sur del Sahara, en algún momento de su historia epidemiológica han sido de baja prevalencia. Por ejemplo, Sudáfrica, país en el que hoy en día se da una de las peores epidemias del VIH del mundo, hace solo 10 años era clasificado como de baja prevalencia; en ese entonces, otras epidemias de África ya se encontraban en estado bastante avanzado. La prevalencia actual del VIH ayuda a planificar eficientemente la vigilancia y las intervenciones, pero no sirve para predecir el futuro de una epidemia. De hecho, la predicción de la magnitud de las epidemias futuras es una tarea compleja que, históricamente, ha dado malos resultados.

Aun cuando no se realicen intervenciones preventivas, la situación de la epidemia en los países que actualmente tienen baja prevalencia de infección por VIH podría evolucionar y, con el tiempo, presentar un problema de gran magnitud. Por otra parte, también podría no tomar ese rumbo.³ En algunos países, es posible que los comportamientos de riesgo y otros factores que contribuyen a la diseminación del VIH sean efectivamente de poca intensidad y frecuencia, por lo que la epidemia se mantiene circunscrita a un grupo pequeño

de la población con un alto grado de comportamientos de riesgo. Amenazar con que las epidemias nacionales inevitablemente tomarán el mismo rumbo de las epidemias de la zona de África al sur del Sahara a lo mejor ayudaría a conseguir recursos en el corto plazo. No obstante, y con frecuencia, esta amenaza no cuenta con respaldo epidemiológico y podría, al no cumplirse tal pronóstico, ser contraproducente en el más largo plazo, afectando la credibilidad de la salud pública y la sustentabilidad de las acciones de prevención del VIH.

³ Mills, S. (2000). Back to Behavior: Prevention Priorities in Countries with Low HIV Prevalence. *AIDS* 2000, 14 (suppl 3): S267-S273.

Del mismo modo, pensar que todos los países de baja prevalencia permanecerán en esa situación pasa por alto una serie de realidades. Hasta hace poco tiempo, muchas zonas del mundo, como los países de la ex-Unión Soviética, permanecieron aisladas de la pandemia mundial; en algunas, el potencial de expansión de la epidemia del VIH es alto. En muchas otras partes del mundo, por ejemplo en algunas zonas económicas de la China, los comportamientos se modifican rápidamente cuando el crecimiento económico afecta la capacidad de la gente de comprar o vender relaciones sexuales y drogas o cambia los incentivos para hacerlo. También las conductas se modifican cuando se relajan los sistemas de control y restricción social. Si bien las epidemias de VIH a menudo crecen de manera exponencial, las primeras fases de ese crecimiento pueden tomar mucho tiempo, dependiendo del tamaño de las redes de contacto sexual y uso de drogas y su capacidad de penetración.

En Tailandia, el virus se detectó por primera vez en 1984; sin embargo, el contagio diseminado entre los trabajadores sexuales y sus clientes no se vio hasta cinco años más tarde, a pesar de que los comportamientos de la gente en ese momento eran propicios al avance de la infección. De manera similar, en Nepal, la prevalencia de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables en Katmandú se mantuvo alrededor de cero entre 1991 y 1994, pero cuando se midió en 1997, había subido a 50%. Por lo tanto, el virus puede demorarse en “encontrar” personas vulnerables, aun cuando se den las condiciones que hacen más eficiente su transmisión, como son algunos comportamientos sexuales o el intercambio de agujas de inyección de drogas. El tiempo que tarda el VIH en “encontrar” los grupos de población más propicios varía mucho de un país a otro, lo que puede indicar que en muchos aún no ha transcurrido suficiente tiempo para que se haya desarrollado la epidemia.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EXPANSIÓN DE LA EPIDEMIA

Cualquier discusión de la probabilidad de que se presente una epidemia, en última instancia, siempre llega al tema central de los comportamientos de riesgo de la población. En los dos decenios más recientes, se han hecho investigaciones que han señalado varios factores que determinan cómo influyen los comportamientos de riesgo en la dinámica de una epidemia de infección por VIH. Esos factores incluyen la tasa de recambio de parejas sexuales y el tipo de pareja; la función que desempeñan los grupos con alta actividad sexual o el frecuente intercambio de jeringas; la presencia de parejas sexuales yuxtapuestas o concurrentes; la mezcla de parejas como parte de las redes de comportamiento sexual y el uso de drogas; el tamaño de los grupos de población que sirven de puente entre los grupos más vulnerables y la población en general y la intensidad de las conductas de riesgo, y el uso observado de comportamientos que protegen de la infección (como el uso de condones o de equipo de inyección limpio y otros) entre los diversos grupos de la población que tienen conductas de riesgo.

A su vez, estos factores conductuales reciben la influencia de factores biológicos que pueden aumentar su efecto en la dinámica de la epidemia del VIH. Por ejemplo, la presencia de otras ITS, especialmente las ulcerativas, puede aumentar bastante la transmisión del VIH. El hecho de que estas ITS a menudo se concentren en grupos de población con más comportamientos de riesgo, como son las trabajadoras sexuales y sus clientes, aumenta la forma en que esos grupos de población afectan el curso de la epidemia. La circuncisión es otro elemento biológico que puede influir en la probabilidad de transmisión del VIH, efecto que es aún más alto en presencia de altas tasas de ITS en la población. En la mayoría de los lugares los hombres que no han sido circuncidados tienen tasas de ITS más altas, especialmente cuando se trata de infecciones que producen úlceras.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EXPANSIÓN DE UNA EPIDEMIA DE INFECCIÓN POR VIH

- Tamaño de la población sujeta a riesgo
- Tipo y frecuencia de comportamientos de riesgo en grupos de población clave
- Presencia de otras ITS, especialmente las ulcerativas
- Circuncisión
- Grado de adopción de comportamientos que protegen del VIH
- Redes de contacto y puentes entre grupos de población clave para la transmisión y otros grupos

La influencia combinada de todos esos factores biológicos y del comportamiento lleva a una expansión del VIH, que es discriminatoria, ya que no sucede al azar entre grupos específicos y la población como un todo, y varía según las circunstancias locales. Por lo tanto, no en todos los países de baja prevalencia se pueden esperar epidemias similares, porque su riesgo de base está relacionado con el comportamiento y las redes en que se arraigan esos riesgos y la frecuencia en que se presentan los factores biológicos que contribuyen a la transmisión son únicos y diversos. En este marco tan variable se forman algunas redes sexuales y de usuarios de drogas que apuntalan la epidemia y otras que no cumplen tal propósito. Este proceso está guiado por el concepto de umbral de una epidemia.

LA CLAVE DE LA PREVENCIÓN EFICAZ: MANTENERSE POR DEBAJO DEL UMBRAL

El umbral epidémico se alcanza cuando existe una masa crítica de comportamientos de riesgo y suficientes factores biológicos de influencia para mantener una epidemia. Tal fenómeno se ha descrito en artículos científicos como tasa reproductiva, que corresponde al número de infecciones nuevas generadas por cada corriente de infección. El umbral necesario para sostener una epidemia se alcanza cuando la tasa de reproducción pasa de 1. Esto significa que, si cada individuo infectado en promedio infecta a más de una persona durante su vida, la epidemia podrá sostenerse y crecer. Por otra parte, si en promedio se genera menos de una infección nueva por cada infección actual, la epidemia se acabará en algún momento. Por lo tanto, puede haber un cierto número de eventos de comportamientos de riesgo en la población sin llegar a generar una epidemia, puesto que la tasa de reproducción nunca pasa de 1. No obstante, cuando existen factores biológicos de influencia y las

redes sexuales y de usuarios de drogas inyectables son suficientemente intensivas (porque comparten parejas, hay parejas concurrentes y existe una mezcla de grupos centrales y grupos puente), la epidemia puede sostenerse y continuar.

En consecuencia, en los lugares donde la prevalencia es baja, es fundamental evitar que la epidemia alcance su umbral. Sin embargo, el cálculo exacto de los umbrales a partir de parámetros de comportamiento y biológicos es difícil y, a lo mejor, imposible, debido a la complejidad de las redes sexuales, la variación amplia de los factores biológicos de influencia y nuestro conocimiento limitado de la manera exacta en que cada uno de esos factores afecta la transmisión del VIH. De hecho, en cada país hay muchos umbrales: umbrales respecto a cada grupo de población y umbrales de la población en general. En la práctica, estos umbrales no pueden calcularse exactamente a la luz del conocimiento actual.

A pesar de lo anterior, y aun ante la imposibilidad de calcular umbrales, se puede influir sobre ellos con acciones de promoción. El uso de condones y agujas limpias puede reducir la magnitud de una epidemia por debajo del umbral, ya que, si la cobertura de los programas preventivos llega a una proporción significativa de individuos que asumen comportamientos de riesgo, es posible evitar una gran parte de las nuevas infecciones. Los cambios que se produzcan en las redes sexuales pueden ser positivos. Por ejemplo, si los hombres disminuyen el número de contactos con trabajadoras sexuales o si los usuarios de drogas inyectables reducen el número de personas con quienes comparten su hábito, la transmisión del VIH disminuirá significativamente. Asimismo, las acciones dirigidas a reducir los factores biológicos que contribuyen a la transmisión, como el mejoramiento de la atención de las infecciones de transmisión sexual, también pueden ayudar a llevar la epidemia por debajo del umbral.

En realidad, en los lugares donde la prevalencia es baja, la utilidad del concepto de umbral está relacionada con su capacidad de dirigir las actividades de prevención a los grupos de población que tienen mayores posibilidades de alcanzar el umbral. Una vez que una epidemia llega a ese punto y se propaga, se presentará un sinnúmero de nuevas infecciones entre los miembros de ese grupo de población. Esto ocurre especialmente entre los individuos que pertenecen a grupos específicos de población que, por su comportamiento, se relacionan por medio de redes sexuales o de usuarios de drogas inyectables, y entre individuos que en sí no tienen comportamientos de alto riesgo propiamente tal, sino se contagian de la infección de su única pareja sexual. Éste

es el caso de las esposas de hombres que tienen relaciones sexuales con prostitutas o las parejas sexuales de personas que se inyectan drogas. Dado que el VIH se propaga más rápido entre las personas que tienen mayor grado de comportamientos de riesgo, se obtendrán mejores resultados si durante la etapa de baja prevalencia las acciones se dirigen a esos grupos con el fin de disminuir la velocidad de transmisión del VIH. No obstante, como se verá más adelante en este documento, una estrategia de prevención eficaz en los países de baja prevalencia debe complementarse con actividades preventivas dirigidas a la población en general.

EN LOS PAÍSES DE BAJA PREVALENCIA, ¿SERÁ POSIBLE MANTENERLA ASÍ?

Hay varios elementos que determinan la posibilidad de que la prevalencia se mantenga baja en un país determinado, entre otros:

- Grado de riesgo y su distribución en la población
- Tamaño de los grupos de población vulnerable
- Redes y puentes
- Momento en que el VIH infectó a miembros de los grupos de población vulnerable
- Otros factores epidemiológicos, como las ITS, y frecuencia y tipos de comportamientos y de circuncisión
- Eficacia de la prevención y cobertura de las actividades en relación con los grupos de mayor riesgo y la población más vulnerable
- Cambios de comportamiento

Por lo general, en la mayoría de los países de baja prevalencia se sabe poco acerca de los elementos recién enumerados; tampoco se comprenden bien otros factores relacionados con los comportamientos de riesgo, ya que tanto los primeros como los últimos cambian constantemente. Por ejemplo, en la mayoría de los países, el grado de riesgo absoluto rara vez se ha medido; los comportamientos, tanto de la juventud como de la

población adulta, cambian a menudo, y los cambios de la situación económica en muchos lugares influyen significativamente sobre la conducta de las personas. Es más, las epidemias a menudo están constituidas de varios conglomerados de casos (subepidemias) que pueden estar estrecha o ligeramente ligados unos a otros y evolucionar a ritmos diferentes. Muchas de estas subepidemias no han sido bien caracterizadas ni medidas en los países con prevalencia baja de infección por VIH. Por último, no se conoce bien la relación entre el VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el comportamiento, por lo cual pronosticar el curso futuro de una epidemia se hace muy difícil, si no imposible.

¿SERÁ POSIBLE PRONOSTICAR UNA EPIDEMIA DE ALTA PREVALENCIA DEL VIH?

En un estudio sobre los factores determinantes de la propagación del VIH realizado en cuatro pueblos africanos, se encontró que la tasa más alta de infección por VIH no se encontraba en el pueblo con mayor intercambio de parejas sexuales; sí se descubrió que la tasa de HSV-2 era más alta en los sitios con prevalencias de VIH mayores, al igual que la proporción de circuncisiones.⁴ Estos factores señalan la posibilidad de que haya una relación entre ambas, por no de manera definitiva.

Conclusión: Aunque en algunos países de baja prevalencia puede preverse una propagación limitada del VIH, en otros podría haber epidemias significativas entre ciertos grupos de población. En otros, podría darse una epidemia de VIH más extensa entre la población en general en un plazo de 10 a 20 años. No obstante, dado que la información epidemiológica y del comportamiento con la cual se cuenta actualmente es escasa, **es imposible pronosticar si el riesgo y las condiciones epidemiológicas actuales en la mayoría de los países de baja prevalencia podrían ser campo fértil para una epidemia de VIH de carácter sustantivo.**

⁴ (AIDS 2001 in print). The Multicentre Study of Factors Determining the Differential Spread of AIDS in Four African Towns. Edited by M. Carael and K. Holmes.

LA FUNCIÓN DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DEL VIH/SIDA EN LOS PAÍSES DE BAJA PREVALENCIA

En 1997, el Banco Mundial elaboró un sistema de clasificación de los países según el tipo y prevalencia de epidemias de VIH documentadas.⁵ Así, la prevalencia y tipos de epidemias se clasificaron como sigue:

1. Epidemia *incipiente*: es aquella en la cual se ha infectado menos de 5% de los individuos que supuestamente tienen comportamientos de alto riesgo.
2. Epidemia *concentrada*: es aquella en la que más de 5% de los individuos de riesgo más alto se encuentran infectados por el VIH, pero la tasa de infección se mantiene baja en el resto de la población.
3. Epidemia *generalizada*: es la epidemia en que la tasa de infección por VIH es alta entre las personas con comportamientos de mayor riesgo y donde 5% o más de las mujeres que reciben atención prenatal se encuentran infectadas por el virus. Este último índice señala que el VIH se ha propagado ampliamente entre la población en general.

Sin embargo, el uso de la expresión *incipiente* implica que, en los países clasificados en este grupo, ésta es una etapa precoz de una epidemia inminente. Se consideró que tal denominación no era apropiada, porque ni en todos los grupos de población ni países del mundo se dan comportamientos de alto riesgo con la suficiente frecuencia o intensidad como para alimentar una propagación extensa del VIH. En 1999, ONUSIDA publicó una clasificación similar a la del Banco Mundial, con algunos cambios. Se reemplazó la denominación *incipiente* por *bajo nivel*, con lo cual se aceptó que no todos los países en los cuales la prevalencia es actualmente baja corren el riesgo de tener grandes epidemias en el futuro. Sin embargo, tampoco significa que en todos los lugares donde actualmente la prevalencia es baja se mantendrá esa situación.⁶

⁵ World Bank (1997). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Oxford University Press: New York, NY.

⁶ UNAIDS/WHO (2000). *Guidelines for Second Generation Surveillance*. Geneva: UNAIDS/WHO.

En varios casos, el uso de la clasificación propuesta por ONUSIDA, no ha servido para que los programas nacionales de sida consigan más apoyo para dar respuesta a la situación del VIH. La expresión “prevalencia baja” aplicada al VIH ha logrado que, en relación con la salud pública, se diera menos prioridad a los países clasificados en ese grupo, aun en los mismos países. Además, la clasificación no es todo lo específica que debería ser para servir de guía a la vigilancia de la salud pública y a los programas de prevención.

Otras opciones podrían incluir un sistema bifásico, en el cual se asignara un grado a la prevalencia y otro al comportamiento de riesgo. No obstante, el conocimiento sobre los comportamientos de riesgo es muy escaso en la mayoría de los países, situación que dificulta la capacidad de ordenar los países de acuerdo al comportamiento de riesgo. Una clasificación de “baja prevalencia/bajo riesgo” llevaría a dar aún menos apoyo a la prevención y aumentaría el conformismo con respecto a la epidemia.

Otra posibilidad que podría considerarse es una clasificación numérica que desglose los países con prevalencia de infección por VIH de menos de 5% en cualquier grupo de población en varias categorías bien diferenciadas, y dirigir la atención a aquellos grupos de población con mayor riesgo de infección, por ejemplo, trabajadores sexuales y sus clientes, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Ejemplo:

Categoría 0: Podría, o no, haberse detectado VIH en el país/provincia/estado; o, no hay datos que indiquen la presencia de transmisión autóctona, o ambas situaciones son ciertas.

Categoría I: Se ha detectado VIH-1 en el país/provincia/estado y se ha detectado entre personas con comportamientos de alto riesgo en relación con el VIH; sin embargo, la prevalencia de la infección es de menos de 1% en todos los grupos de población vulnerable.

Categoría II: Se ha detectado una prevalencia del VIH que se mantiene constante en más de 1%, pero es de

menos de 5% en más de un sitio de vigilancia centinela de la infección y entre todos los grupos de riesgo estudiados.

Según esta clasificación, sin embargo, casi ningún país caería en la categoría 0. Además, los números bajos seguirían viéndose como tales y no ayudarían a las tareas de defensa de la promoción.

Los modelos de clasificación generales, como los descritos en párrafos anteriores, adolecen de fallas intrínsecas, debido a que simplifican en extremo situaciones y condiciones complejas. En última instancia, las epidemias del VIH son locales, al igual que las redes de comportamientos sexuales y de uso de drogas que las alimentan. Se ha observado que, entre comunidades separadas por solo unos pocos kilómetros, hay diferencias impresionantes en los comportamientos sexuales y la prevalencia del VIH que de ellos resulta. Por ejemplo, en la zona rural de Tanzania, la prevalencia del VIH en un centro comercial era más del doble que la de una comunidad alemana que se encontraba a solo 2 km de distancia; también era de tres a cuatro veces más alta que la de aldeas rurales distantes solo 8 km del centro comercial.

Cabe destacar también que en países grandes, como China, India e Indonesia, las clasificaciones nacionales a menudo ocultan la situación y prevalencia del VIH de muchas comunidades, provincias o estados. Esa realidad local es la que determina con más precisión la necesidad de prevención.

Durante los últimos 15 años, se ha observado que la prevalencia nacional del VIH puede aumentar lenta o rápidamente, según las modalidades de comportamientos de riesgo relacionados con el VIH y la eficacia de las medidas de salud pública que se tomen, como podría ser un programa de 100% de uso de condones en las relaciones sexuales comerciales y casuales o un programa de reducción del daño entre usuarios de drogas inyectables. Por lo tanto, para efectos de diseñar actividades de abogacía y prevención, podría ser más útil aplicar los resultados locales de la vigilancia epidemiológica y del comportamiento que tratar de afinar la clasificación de la seroprevalencia del VIH en categorías.

VIGILANCIA APROPIADA EN LOS PAÍSES CON PREVALENCIA BAJA

Solo recientemente se ha reconocido que el diseño de los sistemas de vigilancia del VIH debe adaptarse al estado de la epidemia, y que cuando la prevalencia de la infección es baja, es necesario concentrarse en el monitoreo de ciertos grupos de población clave entre los que se dan mayormente los comportamientos de riesgo, más que en la población en general por medio de una cobertura extensa, como la realizada en los servicios de atención prenatal.

Se llegó a esta conclusión al observar que prácticamente todas las epidemias de VIH, tanto en países industrializados como en los en desarrollo, habían comenzado y crecido entre uno o más grupos de población vulnerable antes de propagarse más ampliamente a la población en general. En varios países estos grupos de población han incluido trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Por lo general, la prevalencia del VIH aumenta primero en esos grupos hasta afectar una masa crítica, a partir de la cual la epidemia se sustenta y propaga a grupos más amplios de la población.

La vigilancia del VIH por sí misma no es suficiente, especialmente en los países de baja prevalencia. La situación de Nepal es un ejemplo de cómo puede fallar el sistema de vigilancia en la detección de una epidemia creciente y cómo la falta de recursos adecuados para actividades de prevención entre un grupo de población importante contribuyó a un brote epidémico. A partir de 1989, la vigilancia del VIH en Nepal consistió principalmente en el monitoreo de la infección entre pacientes de ITS y clínicas de atención prenatal por medio de sitios centinela distribuidos en todo el país. La prevalencia en las clínicas de atención prenatal y pacientes de ITS se mantuvo en menos de 0,1% y 3%, respectivamente, hasta 1999.⁷

⁷ National Center for AIDS and STD Control, Nepal Ministry of Health and the University of Heidelberg (2000). HIV/STI Prevalence in Pregnant Women Attending Antenatal Clinics in Different Urban Areas of Nepal. Final Report. Katmandu: Ministry of Health, April 2000.

Entre 1991 y 1994, se llevaron a cabo varias encuestas ad hoc de prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables. En ellos se encontró una reducción de las prácticas de inyección poco seguras y tasas de prevalencia de infección por VIH constantemente bajas (1,6% en 1991 y 0% en 1994). Estos resultados llevaron a que se dieran por exitosas las intervenciones de reducción de daño entre usuarios de drogas inyectables⁸ realizadas en Nepal. Entre 1995 y 1998, no se llevaron a cabo encuestas de prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables. Las intervenciones continuaron, pero hay información anecdótica que señala que su cobertura no era completa. En 1999, se realizó una encuesta nacional de prevalencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables. Allí se encontró que había habido un gran brote de infección por VIH y que el promedio de prevalencia había llegado a 50% nacionalmente y a 40% en Katmandú. Estos hallazgos subrayaron la necesidad de reevaluar, si bien tardíamente, la vigilancia y las intervenciones.⁹

La eficacia de la vigilancia del VIH por sí sola es limitada cuando la infección es relativamente poco frecuente, por ejemplo, en lugares de baja prevalencia. Cuando la prevalencia del virus se mantiene constantemente baja, puede indicar que:

- Los miembros de la población no tienen comportamientos de riesgo en relación con la infección por VIH; o
- Los programas de prevención del VIH tienen éxito; o
- El virus aún no ha infectado a una masa crítica de la población en cuestión; o
- El sistema de vigilancia no se ha usado bien en lugares clave.

La única forma de determinar cuál de los factores mencionados constituye la interpretación correcta, es complementar la información de la vigilancia de la infección por VIH con la correspondiente al comportamiento. Si la población tiene comportamientos de riesgo que no se están registrando, es difícil dirigir los programas y se pierde la oportunidad de reducir el riesgo de infección antes de que el virus se propague explosivamente en una población.

Los datos sobre el comportamiento son un elemento indispensable de la vigilancia en los países donde la prevalencia de la infección por VIH es baja. En las guías para la Vigilancia de Segunda Generación elaboradas por el ONUSIDA y la OMS se toma debida cuenta de la mayor vulnerabilidad al VIH entre usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y grupos de población migratoria. Asimismo, en las guías se recomienda que no solo se vigile la prevalencia del VIH y las ITS en esos grupos, sino también que se sigan de cerca su comportamiento de riesgo. Esto tiene por objeto poner en práctica intervenciones apropiadas oportuna y rápidamente.¹⁰ La vigilancia de segunda generación subraya la necesidad de diseñar un sistema de vigilancia que sea apropiado en relación con el estadio de la epidemia en el país y en ámbito local. Se hace hincapié especial en la importancia de utilizar información sobre el comportamiento como complemento de los datos sobre la infección por VIH y para explicar las tendencias de éstos entre la población. También se recomienda un uso mayor de los datos del comportamiento para planificar, poner en marcha y evaluar la respuesta al VIH.

Los datos sobre el comportamiento deben usarse para obtener una buena comprensión de las modalidades de comportamiento y la distribución del riesgo en la población. Los sistemas establecidos para vigilar esos riesgos deben utilizarse en el diseño, dirección y evaluación de las actividades de prevención.¹¹

⁸ Peak, A., Rana, S., Maharhan, S.H., Jolley, D., Crofts, N. (1995). Declining Risk for HIV among Injecting Drug Users in Katmandu, Nepal: The Impact of a Harm Reduction Program. *AIDS*, 9:1067-1070.

⁹ Oelrichs, R.B., Shrestha, I.L., Anderson, D.A., Deacon, N.J. (2000). The explosive human immunodeficiency virus type 1 epidemic among injecting drug users of Katmandu, Nepal, is caused by a subtype C virus of restricted genetic diversity. *J Virol* 2000, 74:1149-1157.

¹⁰ UNAIDS/WHO (2000).

¹¹ Amon et al. (2000). Behavioral Surveillance Surveys (BSS): Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk of HIV. Family Health International: Arlington, VA.

El comportamiento se constituye en el principal sistema de advertencia en los países donde la prevalencia del VIH es baja. La información sobre el comportamiento señala las poblaciones que se encuentran en riesgo de contraer la infección en el ámbito local; asimismo, pueden indicar la ruta que podría seguir el virus si no se toman las medidas para aminorar su propagación. También sirve para señalar el grado de riesgo de la población en general y los puentes que podrían servir de enlace entre los grupos de más riesgo y los que tienen menos peligro de contraer la infección.

Si se usa adecuadamente, la información sobre el comportamiento puede servir para llamar a la acción contra la infección a políticos, líderes religiosos y miembros de la comunidad que podrían encontrarse en riesgo, y mostrar que la amenaza del VIH es real, aun cuando se mantenga todavía invisible. Estos datos constituyen un instrumento poderoso para generar respuesta. No obstante, solo son útiles si se obtienen y analizan cuidadosamente y se comparten de manera que respondan a las preocupaciones, necesidades y ámbito de influencia de todos los afectados, incluso políticos, planificadores y personal que pone en práctica los programas, comunidades afectadas por el VIH y la población en general.

En principio, los datos locales probablemente llevarán a tomar acciones en el ámbito local, lo cual es una consideración importante en los países con sistemas de salud descentralizados. Sin embargo, cabe recordar que los recursos humanos y financieros provinciales o locales son, por lo general, escasos. Los políticos locales podrían resistirse a dedicar recursos a la búsqueda de un nuevo problema. Por lo tanto, es preferible que sea una autoridad del nivel central quien se haga cargo de la vigilancia. Cuando en las zonas con un problema grave de comportamientos de riesgo la vigilancia se sostiene y financia gracias al nivel central, los datos pueden convertirse en un catalizador importante para dar una respuesta local eficaz.

Los hallazgos deben difundirse cautelosamente, ya que la atención sobre la investigación y la vigilancia pueden tener consecuencias negativas para los grupos marginados. Por ejemplo, si no se ha involucrado a algunas instituciones locales, como la policía y otros líderes comunales, en la planificación de la vigilancia, los resultados podrían llegar a usarse con fines restrictivos o para aplicar sanciones legales a los grupos marginados. Sin excepción, tales medidas reducen la eficacia de las acciones de prevención, ya que dañan la confianza entre los individuos marginados y otros grupos. Asimismo, cuando los hallazgos de los estudios se difunden entre políticos o público en general de tal manera que refuerzan los estereotipos y otros sesgos, se pueden generar repercusiones contrarias a las acciones de prevención y, como consecuencia, no conseguir el apoyo para realizarlas entre los grupos de población vulnerable.

Una buena vigilancia también debe incorporar activamente a las propias comunidades afectadas para que participen en la planificación y puesta en marcha del sistema. Así se garantizará que la actividad no sea algo impuesto desde fuera, y sirva para organizar, movilizar y efectuar cambios en la comunidad. Un proyecto que originalmente se concibió exclusivamente como una investigación hace casi 10 años (proyecto Sonagachi, Calcuta, India) ahora es un ejemplo de participación de trabajadoras sexuales en una actividad que satisface las necesidades del grupo y fortalece las acciones de prevención. Al reconocer la importancia de habilitar a las trabajadoras sexuales en su propio beneficio, el proyecto contribuyó a mantener una prevalencia baja de VIH y otras ITS entre 5000 prostitutas de una zona pobre. Las intervenciones promovían el uso de condones y el diagnóstico y tratamiento apropiado de las ITS, actividades que llevaban a cabo las mismas trabajadoras sexuales.¹² El proyecto ha pasado a ser un modelo de intervenciones para trabajadoras sexuales e investigaciones de esos grupos en todo el mundo.

¹² Jana, J., Bandyopadhyay, N., Mukherjee, S., Dutta, M., Basu, I., Saha, A. (1988). STD/HIV Intervention with Sex Workers in West Bengal, India. *AIDS*, 12 (suppl B): S101-S108.

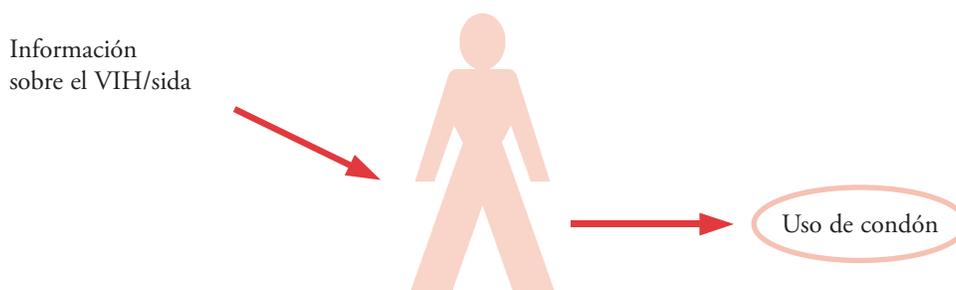
7 DE QUÉ SE TRATA LA PREVENCIÓN EFICAZ? FACTORES DEL INDIVIDUO, EL AMBIENTE Y EL CONTEXTO

Antes de pasar a discutir las estrategias preventivas más eficaces para los países donde la prevalencia del VIH es baja, vale la pena dedicar algunos párrafos a ver lo que se ha aprendido en torno a las intervenciones eficaces durante los primeros 20 años de la pandemia mundial del sida.

La información por sí misma no es suficiente. En el decenio de 1980, durante las primeras etapas de la epidemia, se reconoció que el VIH “se transmitía como resultado del comportamiento”. Es así que los primeros conceptos de prevención se formaron en torno al cambio del comportamiento individual. Asimismo, en un principio, se creía, ingenuamente, que con solo

dar información a la gente acerca de la presencia de esta enfermedad mortal, su modo de transmisión y la forma de protegerse sería suficiente para cambiar el comportamiento (Figura 1). Lamentablemente, estas acciones de prevención, formuladas con base al modelo de transmisión de información, fallaron y no lograron un cambio significativo ni sostenible del comportamiento.

Figura 1. Modelo antiguo de resultado de la prevención

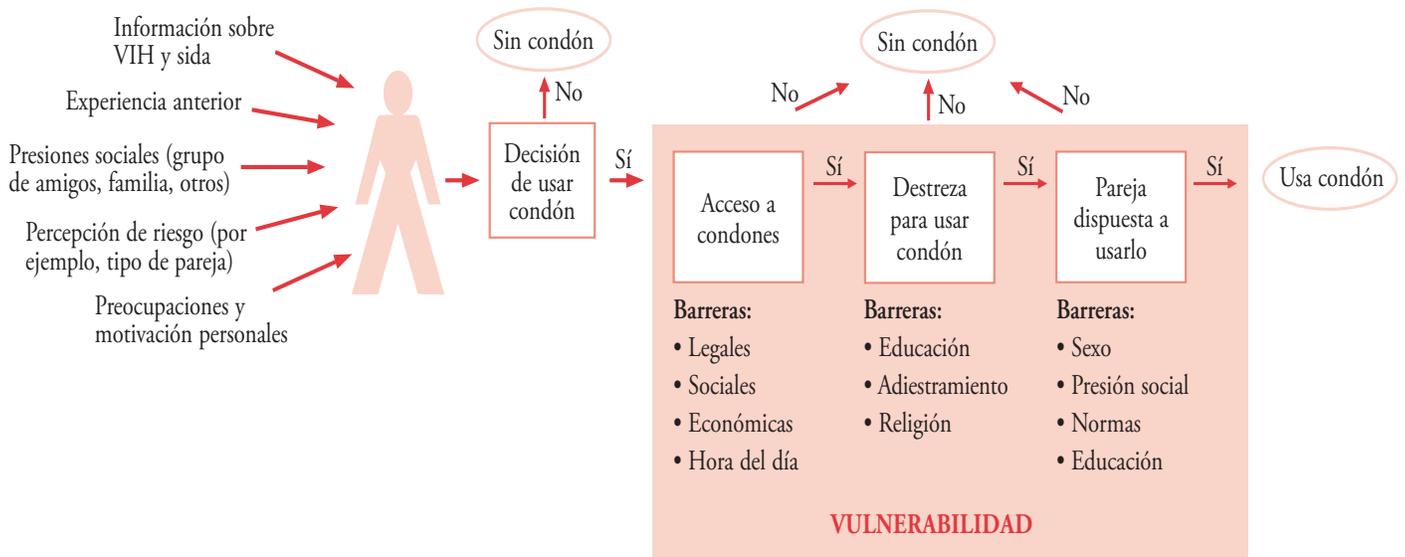


Es indispensable conocer los factores ambientales y de contexto con el fin de habilitar el cambio de comportamiento de las personas. Durante la segunda década de la epidemia, se logró entender que hay varios factores que influyen en la eficacia de las acciones de prevención. En especial, se reconoció que a menudo el individuo no tiene control de su propia conducta. Los modelos originales de cambio de comportamiento con respecto al VIH hacían demasiado hincapié en métodos individualistas y no tuvieron en cuenta el entorno social, cultural y económico en que se daban los comportamientos. Se suponía que el individuo siempre podía tomar decisiones con base en la información que se le había proporcionado por medio de las actividades de prevención. Las fallas de esos métodos, que se registraron en muchos países, sirvieron para destacar las limitaciones del modelo.

Un modelo más realista de cambio de comportamiento: nociones de riesgo y vulnerabilidad. Las lecciones aprendidas durante los dos primeros decenios de la pandemia han servido para elaborar un modelo más realista de acciones de prevención de la infección por VIH (Figura 2). En el mundo real, las decisiones individuales sobre el comportamiento se toman con base en la información recibida y varios otros factores.

No obstante, en este modelo, aun cuando los individuos hayan tomado la decisión de protegerse, por ejemplo, usando condones, hay varios factores que interfieren con esa decisión. Muchos de estos elementos, externos, tienen que ver con el medio local en el que se asumen los comportamientos de riesgo y las circunstancias en que ellos se dan, e influyen colectivamente en la vulnerabilidad del individuo a la infección por VIH. Es decir, afectan su habilidad de controlar y actuar sobre la decisión de protegerse.

Figura 2. Modelo de prevención más realista, con base en la experiencia de dos decenios



El primer elemento ambiental y de contexto que debe tomarse en cuenta se relaciona con el acceso del individuo a la medida de prevención, en este caso, el condón. Hay diversas barreras que se anteponen a la disponibilidad de condones. Por ejemplo, los trabajadores sexuales a lo mejor no pueden andar con condones, si la policía los usa como prueba presunta de trabajo sexual. Una barrera económica podría ser el hecho de que mucha gente no tenga dinero suficiente para comprar condones. A otros podría darles vergüenza tener que pedirlos en la farmacia, lo cual es una barrera social. Por último, a veces no se dispone de condones en los lugares donde se dan las relaciones sexuales, ya sea porque es muy tarde, porque el individuo no quiere andar con condones por presión de sus amigos o porque la ley prohíbe la distribución de condones a los jóvenes. Este mismo tipo de barrera afecta el acceso a equipo de inyección limpio, aunque en este caso los obstáculos legales y políticos son los que principalmente impiden el acceso a equipo limpio a los usuarios de drogas inyectables y los obliga a compartir el equipo para evitar sanciones legales.

Después de obtener el condón, el próximo paso es determinar si el individuo sabe usarlo con su pareja. Nuevamente pueden surgir una serie de barreras. Es posible que los jóvenes no reciban adiestramiento para adquirir las destrezas necesarias para usar condones debido a que las escuelas locales y los líderes de las organizaciones de jóvenes rehusan tratar el tema y distribuir materiales para promover esas destrezas o demostrar el uso de los condones. Las trabajadoras sexuales que recién se incorporan al oficio a menudo no tienen experiencia alguna en el uso de condones. También es posible que a los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres nunca se les haya hablado sobre la utilización de condones en las relaciones sexuales anales. Algunos líderes religiosos se oponen a la enseñanza de destrezas relacionadas con el condón o a la distribución de los mismos. Por otra parte, el uso de condones no solo requiere una habilidad mecánica; también es necesario saber negociar con la pareja y tomar decisiones conjuntas. Lamentablemente, éstas últimas a menudo no se incluyen en los currículos de salud sexual cuando en su elaboración no participan personas con experiencia en prevención del VIH. Es más, el uso excesivo de alcohol y otras drogas también pueden impedir al individuo que tiene las destrezas necesarias ponerlas en práctica en una situación particular.

Por último, en el ejemplo también surge el tema de la aceptación del condón de parte de la pareja sexual, aspecto que a menudo no se incluye en los programas de prevención ineficaces. Los programas dirigidos a las

trabajadoras sexuales que no incluyen la forma de tratar a los clientes que no quieren usar condones dejan a esas trabajadoras sin la posibilidad de protegerse. La falta de igualdad social de hombres y mujeres también puede constituir una barrera. Son pocas las sociedades en las que la mujer puede pedirle al marido que use condón, incluso cuando sabe que él tiene relaciones sexuales de alto riesgo fuera del matrimonio o usa drogas inyectables. Las normas sociales o creencias culturales a menudo interfieren con el uso del condón, especialmente cuando el grupo de iguales percibe su uso como debilidad masculina o interferencia con el funcionamiento sexual normal.

El ejemplo muestra también como un sinnúmero de factores ambientales y circunstanciales que no están bajo el control directo del individuo afectan su habilidad de tomar medidas de protección. Esto ha llevado al convencimiento de que las actividades de prevención dirigidas al individuo, por sí solas, no son suficientes para producir cambios de comportamiento constantes. Para que los programas de prevención sean eficaces deben tratar los múltiples factores que interfieren con la habilidad del individuo de protegerse, por lo tanto, deben tratar además del riesgo, la vulnerabilidad.

La prevención eficaz funciona en diversos niveles.

En su discusión de las intervenciones ambientales y estructurales, Sweat y Denison¹³ señalaron que, para tratar los factores que influyen en el riesgo y la vulnerabilidad, a menudo se requiere incluir varios componentes en distintos niveles:

- **Superestructural:** estos componentes se refieren al gran marco social y político en el que se da el comportamiento. Por ejemplo, puede ser necesario tratar aspectos de sexo o desigualdades sociales que contribuyen a aumentar el riesgo de las mujeres o poblaciones marginadas, como las trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- **Estructural:** los componentes de la prevención en el ámbito estructural se refieren a las leyes o políticas, tanto nacionales como institucionales, que repercuten en la eficacia de la prevención, por ejemplo, las relacionadas con los equipos de uso de drogas o la propaganda de los condones. También se incluyen aquí las medidas operativas, por ejemplo, el fracaso de la promoción del condón o su falta de uso en burdeles o el hecho de que no se utilicen las precauciones universales en la atención de la salud.
- **Ambiental:** estos componentes se refieren a los factores locales que limitan la eficacia de las intervenciones o promueven los comportamientos de riesgo. Por ejemplo, podría buscarse que la familia completa emigre en busca de trabajo, en vez de que solo lo hagan los hombres. Otras acciones podrían mejorar la falta de acceso a condones o a equipos de inyección no contaminados en un lugar determinado o tratar de cambiar normas sociales que afectan el uso del condón.
- **Individual:** estos componentes tienen por objeto influir en las decisiones y destrezas individuales relacionadas con las medidas preventivas. Son los que la mayoría de la gente asocia con la expresión “prevención”, pero que por sí solos no pueden producir cambios permanentes del comportamiento.

Consecuencias para los programas de prevención. El modelo de prevención presentado aquí es más realista y tiene varias consecuencias para los programas eficaces de prevención de la infección por VIH. Así, los programas de prevención eficaces tienen las siguientes características:

- En ellos es necesario **comprender los comportamientos de la gente y saber cómo tratar el tema**, el ambiente en que se dan los comportamientos y los factores que contribuyen a cambiarlos o a sostenerlos.
- **No solo hacen frente a los riesgos; también se ocupan de la vulnerabilidad.**
- Deben contar con **la participación de la comunidad que practica el comportamiento de riesgo** que se busca cambiar y la intervención debe surgir de ella. Solo con la participación de las personas que practican comportamientos de riesgo se puede diseñar y poner en efecto programas de prevención que reflejen adecuadamente el entorno local y el riesgo y vulnerabilidad que rodean la conducta de riesgo.
- **Debe involucrarse a las parejas múltiples e incluir diversos componentes de prevención** para afrontar el sinnúmero de factores ambientales y de contexto que afectan el riesgo y la vulnerabilidad. Es decir, los programas de prevención eficaces deben ser de naturaleza multisectorial y contemplar una variedad de componentes que funcionan en niveles múltiples.

¹³ Sweat, M. and Denison, J. (1995). Reducing HIV in Developing Countries with Structural and Environmental Interventions. *AIDS*, 9 (suppl A): S251-S257.

Lecciones aprendidas durante los primeros dos decenios de actividades de prevención del VIH. Hay varias conclusiones que pueden derivarse de las primeras dos décadas de prevención del VIH:

- **Los programas de prevención reales son complejos y las soluciones no son mágicas.** Por lo tanto, no hay un método ni programa único que sirva para todos los grupos de población. Asimismo, lo fácil, como solo proporcionar información, probablemente no sea eficaz.
- **Los programas de prevención toman tiempo.** El cambio de comportamiento no se da de un día para otro. Para efectuar un programa que tenga todos los componentes necesarios para afrontar el sinnúmero de factores que influyen sobre el riesgo y la vulnerabilidad hay que planificarlo cuidadosamente y dedicarle esfuerzo y recursos. Asimismo, trasladar las actividades de prevención de un proyecto piloto a un programa nacional toma tiempo, tanto para construir la capacidad necesaria como para hacer los cambios y lograr impacto.
- **Si se espera que las acciones de prevención realmente eviten una epidemia en los países de baja prevalencia, deben iniciarse antes de que ésta llegue a un punto en que se pueda medir.** Cuando la prevalencia del VIH llega a poderse medir en un grupo específico de población, las acciones de prevención irán a la zaga de la epidemia y se habrá perdido la oportunidad de mantener la infección en niveles bajos de prevalencia. Cuando las actividades de prevención se inician temprano son mucho más eficaces en el largo plazo y disminuyen la carga que podría significar el VIH en un país.

- **La prevención debe ser un esfuerzo de largo alcance.** La epidemia del VIH estará con nosotros por un buen tiempo, ya que no se vislumbra la posibilidad de que haya vacunas ni curas en el próximo decenio. Por lo tanto, mantener acciones rápidas y sencillas que no son eficaces en reacción a una situación de crisis ignorando la necesidad de poner en marcha programas más completos, multesectoriales y que actúan a diversos niveles y afectan varios factores, puede reducir la eficacia futura de los esfuerzos destinados a la prevención.

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN RECOMENDADA PARA LOS PAÍSES CON PREVALENCIA DE VIH BAJA

El cambio de comportamiento como resultado de las acciones de prevención constituye la única forma eficaz de contener la propagación del VIH en mayor escala. No obstante, no todos los cambios de comportamiento tienen la misma eficacia, especialmente cuando la prevalencia del VIH es baja.

Si bien prácticamente todos los grupos de población de una sociedad tienen algún grado de riesgo, algunos grupos vulnerables pueden contraer la infección por VIH tempranamente, debido a que tienen más comportamientos de riesgo, mayor exposición al virus y poca capacidad de tomar decisiones que afecten la adopción de comportamientos que los protejan de la infección. Tales grupos incluyen a los trabajadores sexuales y sus clientes, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO: PILAR DE LA PREVENCIÓN CUANDO LA PREVALENCIA DEL VIH ES BAJA

A menudo se señala que, cuando la prevalencia es baja, se cuenta con la oportunidad de realizar programas de comunicación eficaces, con intervenciones bien realizadas, que promuevan el cambio de comportamiento y se dirijan a grupos de población con riesgo más alto. Así se puede disminuir o aminorar la propagación del VIH a un grupo de población más grande. Este tipo de intervenciones dirigidas a grupos de población

específicos son una necesidad clara en los lugares donde la prevalencia del VIH es baja, y a menudo constituyen los primeros pasos de un programa de VIH y sida. Estas campañas dirigidas deben utilizar tecnología de punta, comenzando con un análisis e investigación profunda de la audiencia, que permita obtener una buena comprensión del riesgo, las barreras que interfieren con el comportamiento inocuo y la motivación con potencial de generar cambios.

En los lugares donde la prevalencia es baja y todavía la población en general no tiene riesgo de contagiarse con el VIH, las intervenciones dirigidas a grupos específicos de la población deben crearse y ponerse en práctica con la colaboración de las comunidades afectadas. Las intervenciones de comunicación tienen que tener como pilar la investigación participativa. Asimismo, habrá que realizar encuestas antes de aplicarlas e involucrar a comunicadores surgidos del grupo que cuenten con la garantía de seguridad necesaria y apoyo oficial.

Prevención dirigida: cómo obtener máximo impacto en la respuesta a la prevención. Entre los elementos que más influyen en el riesgo de contraer el VIH o de exponerse al virus se encuentra la frecuencia con que el individuo cambia sus parejas sexuales o compañeros con quienes comparte agujas de inyección [de drogas]. Tanto la investigación epidemiológica como el trabajo realizado en modelos de transmisión muestran que la forma más eficiente de reducir la propagación epidémica del VIH es reducir la transmisión entre las personas que más a menudo cambian de pareja sexual o de compañero de hábito de inyección de drogas. La prevención entre esos dos grupos tiene un efecto multiplicador en la prevención de las infecciones secundarias subsiguientes.

Las intervenciones dirigidas han logrado reducir con éxito el riesgo y la prevalencia de la infección. Por ejemplo, en Abidjan, según lo informado por trabajadoras sexuales, el uso de condones con su último cliente aumentó de 63% en 1991 a 91% en 1997.¹⁴ En Tailandia, se ha encontrado una relación entre el programa de 100% de uso de condones y el aumento en la utilización de ese método entre las trabajadoras sexuales que fue de 14% a 94%.¹⁵ Como

resultado de esas intervenciones, se ha observado una reducción del número de infecciones no solo en la población objeto, sino también en la población que sirve de puente (mineros en Sudáfrica) hacia la población en general e incluso, entre esta última (conscriptos militares de Tailandia).

En resumen, los pasos indispensables de una estrategia eficaz en lugares de baja prevalencia son:

1. Determinar la distribución de los riesgos en el ámbito local. Con el fin de aplicar el concepto de “prevención dirigida”, será necesario identificar cuáles son, en el país, provincia o estado, los grupos de población con mayor concentración de comportamientos de riesgo y más vulnerables al VIH. Por lo general, los trabajadores sexuales y sus clientes, las personas que consumen drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son categorías importantes, aunque en algunos países la vía principal por la cual avanza la infección por VIH está dada por las poblaciones que circulan entre zonas de prevalencia alta y otras de prevalencia baja. De todos modos, será necesario determinar de manera realista la situación local.

CONCEPTO DE PREVENCIÓN DIRIGIDA

- Interrumpir tempranamente la transmisión entre los grupos de población con más riesgo.
- En un comienzo, los recursos de la prevención deberán dirigirse mayormente a los grupos de mayor riesgo o más vulnerables, pero poco a poco el esfuerzo deberá extenderse para llegar a los grupos con menos riesgo de infección por VIH.
- Las actividades de prevención dirigidas a la población general serán más limitadas mientras se crea un ambiente de apoyo a la prevención entre los grupos vulnerables y los individuos en mayor riesgo, que podrían no estar recibiendo el beneficio de las actividades de prevención dirigidas.

¹⁴ Ghys, P., Mah-Bi Guessman, Traore, M., et al. (1998). Trends in Condom Use between 1991 and 1997 and Obstacles to 100% Condom Use in Female Sex Workers in Abidjan, Cote d'Ivoire. 12th World AIDS Conference, 28 June-3 July, 1998. Abstract 33101.

¹⁵ Hanenberg, R.S., Rojanapithayakorn, W., Kunasol, P. (1994). Impact of Thailand's HIV-control Programme as Indicated by the Decline of Sexually Transmitted Diseases. *The Lancet*, 1994: 344:243-245.

Es necesario obtener y analizar información para determinar las necesidades locales de prevención y para dirigir las actividades a los grupos de población que tienen riesgo. La información que se obtenga sobre el tamaño de esos grupos y sus comportamientos también sirve para desmentir el “aquí no tenemos esos grupos”, postura que a menudo interfiere con la movilización de recursos locales para la prevención.

2. Planificar de manera estratégica en relación con cada grupo de población clave. El mundo real de la prevención del VIH es complejo y requiere que se comprendan bien las necesidades de la comunidad objeto. También es necesario elaborar, someter a prueba, reajustar y evaluar los métodos de prevención que podrían dar buenos resultados en relación con el grupo específico de población, y determinar quién tiene la capacidad de poner en práctica los programas. En consecuencia, se necesita elaborar un plan estratégico en relación con cada grupo vulnerable de la población; asimismo, habrá que contar con un plan de prevención para la población en general, por medio del cual se pueda generar apoyo y ampliar el impacto de las actividades de prevención dirigidas.

3. Solicitar recursos y participación. Una vez elaborado el plan estratégico para un grupo de población específico, habrá que volcar los esfuerzos para obtener los recursos necesarios y lograr la participación de socios clave, como son las comunidades afectadas, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales pertinentes y el sector privado. Esta abogacía por los recursos por lo general incluye:

Comunicación sobre el cambio de comportamiento: cómo dirigirse a los formadores de opinión. Hay estudios de investigación que señalan que, por lo general, es más fácil conseguir que se adopte un nuevo comportamiento cuando se asocia con los individuos conocidos como formadores de opinión. El problema con el cambio de comportamiento que se requiere para prevenir el VIH y el sida es que las conductas en cuestión son de carácter íntimo y, por lo tanto, muchas personas se resisten a avalarlas en público. No obstante, donde la prevalencia es baja, por lo general lo que más se necesita para mejorar el entorno para la prevención es reducir el grado de estigma y discriminación de las personas que viven con el VIH o el sida. En estos casos las acciones de abogacía son frecuentemente eficaces.

En muchas sociedades es posible llevar a los formadores de opinión al frente de la campañas de aceptación, atención y apoyo a las personas que viven con el VIH y el sida. Por ejemplo, en Bollywood, la

India, al igual que en Hollywood [Estados Unidos de América] las estrellas del cine han participado de manera significativa en campañas que promueven una actitud compasiva hacia las personas que viven con el VIH y el sida. En una actividad reciente que se llevara a cabo para conocer las necesidades de comunicación en un estado de la India, se determinó que mucha gente recordaba un anuncio de televisión en el cual una estrella de Bollywood abrazaba a un niño con VIH. El anuncio en cuestión fue un éxito debido a la presencia de un actor de cine que actuó como formador de opinión entre sus admiradores. Su participación en la campaña de comunicación para cambiar el comportamiento (CCC) fue resultado directo de una actividad consciente de abogacía.

En otros casos, las acciones de abogacía donde la prevalencia del VIH es baja deben dirigirse a la jerarquía política y a otros “guardavallas”, con el fin de crear un medio político que permita poner en práctica acciones de prevención del VIH y el sida. Las actividades dirigidas a afectar las políticas no deben referirse exclusivamente a legisladores, para que promulguen leyes en favor de la prevención y la atención. Las acciones de abogacía deben estar presente siempre que sea necesario tratar con una estructura de poder, con el fin de lograr acceso a ciertas situaciones y determinados grupos objeto. También deben incluir actividades informales dirigidas a los guardavallas de ciertas situaciones que afectan a grupos con alto riesgo, por ejemplo, convencer a los dueños de prostíbulos de que apliquen una política de uso de condón en 100% de los casos. Hay circunstancias en que las acciones de abogacía buscarán hacer caso omiso de las leyes o encontrar la forma de soslayarlas. Un ejemplo de esta situación se da cuando se convence a la policía de dejar pasar ciertos comportamientos considerados ilegales (como el uso de drogas inyectables), con el fin de permitir que se realicen intervenciones de prevención entre los grupos que practican el comportamiento.

Identificación de socios naturales y de oportunidades para la participación de otros en las actividades. Para la prevención del VIH se necesita contar con diversos colaboradores que puedan tratar con los múltiples factores que afectan su eficacia. Por lo tanto, habrá que tratar de identificar a quiénes pueden participar en estas acciones e involucrar a tales personas, según sea necesario en relación con la realidad local.

En relación con el trabajo sexual, por ejemplo, es posible señalar varios socios potenciales, entre ellos, los propios trabajadores sexuales; organizaciones no gubernamentales que trabajan con ellos (en actividades relacionadas con el uso apropiado del condón o con su distribución); organizaciones que se ocupan de asuntos de educación y empleo de las mujeres (para que tengan opciones al trabajo sexual); distintos sectores gubernamentales (salud, policía, trabajo, legislación u otros); sector privado (programas para mujeres en el lugar de trabajo), y dueños de establecimientos (con el fin de dar acceso a las trabajadoras, apoyo a los clientes que se niegan a usar condones y distribuir condones).

En cada lugar habrá que estudiar cuidadosamente quiénes deben participar en la prevención en relación con cada grupo específico; luego se dará seguimiento activo para lograr que las personas señaladas efectivamente participen y para conseguir los recursos pertinentes.

En cuanto a los recursos, cabe recordar que éstos no son exclusivamente financieros, ya que la gente, la comunidad, las instituciones y los establecimientos comerciales también son recursos. Cuando en la prevención del VIH se involucran diversos grupos y organizaciones, se consigue también contar con sus recursos para sobrellevar el problema. A menudo, la mejor manera de lograr ese apoyo es paso a paso, tratando de incrementar los programas actuales (integrando las actividades relacionadas con el VIH y el sida a otros servicios); así se hace más fácil conseguir la participación de grupos y organizaciones. Por ejemplo, muchos jerarcas políticos y organizaciones se dedican a temas de la juventud. En lugares de baja prevalencia de infección por VIH, puede ser más fácil de aceptar para ellos el hecho de poder planificar actividades de prevención del VIH en el ámbito más general de la salud reproductiva, en el cual se tratan simultáneamente otros temas importantes, como el embarazo en la adolescencia, los métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual.

4. A medida que se identifican los socios y los recursos, paralelamente comienzan actividades piloto con cada grupo específico de población, incluso con grupos cuyo riesgo es menor. Como se dijera en párrafos anteriores, los grandes programas de prevención, para que sean eficaces, toman tiempo. Por lo tanto, es indispensable iniciar algunas actividades piloto de manera temprana. Éstas son un componente esencial de un programa completo de prevención, ya que, durante la marcha de los ejercicios piloto, se aprende la forma de poner en práctica programas eficaces de prevención. Ya se ha dicho que los últimos pueden tomar varios años entre su elaboración y adaptación a las condiciones locales. No se debería esperar hasta que el VIH se presente en un grupo específico de población para iniciar un programa piloto. Esta aseveración es válida tanto en el caso de los grupos de población más vulnerable como entre los de menor riesgo, incluidos los jóvenes.

5. Comenzar por los grupos más vulnerables, desarrollar capacidad y extender las actividades hasta obtener buena COBERTURA, una vez se ha demostrado que un método de prevención en particular es eficaz. Luego de haber demostrado la eficacia de un determinado método de prevención, habrá que iniciar un proceso de expansión. Toma mucho tiempo, incluso años, lograr la capacidad de poner en práctica un método y luego extenderlo al ámbito nacional. Pero el virus no espera, por lo cual nosotros tampoco debemos esperar. Los recursos iniciales para expandir las actividades deberían usarse, de preferencia, con los grupos de población que tienen mayor riesgo de infectarse, porque es en ellos en los que el virus se propaga primero. A medida que se movilizan más recursos y se cuenta con más socios, la expansión podría llevarse a los grupos de población con menor riesgo. La meta de toda gestión para ampliar las actividades es obtener BUENA COBERTURA, es decir, garantizar que la mayoría de los miembros de un grupo específico de la población tenga motivación y destreza y acceso a los métodos de prevención.

6. A medida que las actividades de prevención avanzan en paralelo y se logra una buena cobertura de los grupos de población más vulnerables, se ampliarán las actividades de prevención hacia los grupos con menor riesgo o menos vulnerables. Es posible que la prevención nunca logre una eficacia de 100% por diversas razones, entre otras, que no se pueda medir con exactitud el riesgo o que el acceso a ciertos grupos de población clave sea difícil, con lo cual la cobertura disminuye. Esta situación es especialmente cierta cuando se encuentran barreras legales que llevan la prostitución, el uso de drogas o la inmigración ilegal a la clandestinidad, limitando el acceso de los grupos correspondientes a la prevención. En consecuencia, es indispensable hacer planes para contrarrestar la propagación del VIH hacia otros grupos de población, e iniciar actividades que puedan llegar a los grupos de menor riesgo y vulnerabilidad. Estos últimos son grupos, por lo general, más grandes, como las mujeres sexualmente activas. Con el tiempo, probablemente esta población será la que genere el mayor número de infecciones nuevas, si es que el VIH se propaga más allá de los grupos vulnerables. En consecuencia, una vez que se haya logrado la cobertura de los grupos de población más vulnerable, es indispensable extender las actividades para alcanzar a los que son menos susceptibles, pero aún tienen riesgo.

7. Destinar algunos recursos a combatir el riesgo más disperso, el estigma y la discriminación, y a promover la inclusión de las actividades relacionadas con el VIH y el sida a otros servicios generales. Si bien cuando la prevalencia es baja gran parte de los recursos específicos para el VIH serán más eficientes cuando se destinen a suplir las necesidades de los grupos de mayor riesgo, cabe recordar que las actividades de prevención del VIH se dan en un ámbito político y social.

Comunicación para el cambio de comportamiento= Actividad necesaria, pero no suficiente. También es necesario destinar recursos a crear conciencia sobre el VIH entre la población y a disminuir el grado de estigma y discriminación que reduce el apoyo público necesario para las acciones de prevención y se opone a ellas. Por último, también habrá que proporcionar algún dinero para iniciar la integración de las actividades relacionadas con el VIH y el sida en las instituciones y programas existentes en el medio.

¿Con qué fin se realizan actividades dirigidas a la población en general en lugares de baja prevalencia? Si no se llevan a cabo acciones para la población en general que apoyen y permitan realizar actividades de comunicación para el cambio de comportamiento dirigidas a los grupos más vulnerables, éstas últimas

podrían fracasar. Hay diversas intervenciones que pueden dirigirse a la población en general, y todas necesitan elaborarse con base en un método sistemático de comunicación para el cambio de comportamiento. Deberían comenzar con investigación y análisis de la audiencia. En muchos lados, los medios de comunicación popular pueden servir como sustituto de la opinión de la población en general. Puede realizarse un análisis de los medios de comunicación para determinar la forma en que se presenta el VIH y el sida.

Algunos especialistas en VIH/sida piensan que realizar actividades dirigidas a la población en general en los sitios de baja prevalencia es un desperdicio de tiempo y dinero, por lo cual, las campañas destinadas a esas poblaciones actualmente gozan de mala fama. Esto se debe a que, a menudo, las actividades de comunicación dirigidas a la población en general se asocian con campañas destinadas a crear conciencia sobre el sida proporcionando información sobre la enfermedad.

Si bien es un derecho de todos conocer información sobre el VIH/sida, también es un axioma de la comunicación que el conocimiento no produce cambio de comportamiento. El problema se genera cuando, debido a un análisis inadecuado o voluntad política o falta de valor, los programas de VIH/sida de primera generación (campaña de información) se mantienen más allá de lo que su utilidad justifica. Tales campañas destacan la información más inocua y conocida y, por lo tanto, menos útil, en circunstancias en las que lo que se necesita es una campaña de información de segunda generación, más franca, que trate los elementos más delicados y explícitos del sida. Por ejemplo, en Bangladesh (y en otros países), las campañas de comunicación para el cambio de comportamiento dirigidas al público en general se concentran en los riesgos de las relaciones heterosexuales (vaginales), a pesar de que la investigación ha mostrado que muchos hombres y mujeres también tienen relaciones sexuales anales, sin saber que este es un comportamiento de riesgo.

La comunicación dirigida a la población en general no se limita a dar información y crear conciencia. Esos objetivos se alcanzan fácilmente; sin embargo, el cambio de actitudes es mucho más difícil. El estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH son actitudes importantes a las cuales es necesario dirigirse por medio de campañas que tienen como audiencia a la población en general. También hay otras actitudes sobre las que hay que actuar, como la imagen negativa de los condones, el temor excesivo, paralizador, al sida y los estereotipos relacionados con el sexo que impiden

que las mujeres puedan controlar su propia sexualidad o que lleven a los hombres a asumir conductas sexuales violentas. Muchas de estas actitudes están sumamente arraigadas y para cambiarlas, se requiere hacer modificaciones profundas en conceptos dominantes y los valores que los avalan.

8. Establecer monitoreo y evaluación del cambio de comportamiento en grupos clave de la población. En los países de baja prevalencia, este último indicador no proporciona una buena medida del éxito de los programas. Una vez que la infección por VIH comienza a aumentar, ya se perdió una oportunidad valiosa de hacer prevención. Por el contrario, estos países pueden hacer el monitoreo de los efectos de las acciones de prevención, si vigilan y evalúan la magnitud del cambio de comportamiento entre los grupos vulnerables clave en los que se han llevado a cabo programas de prevención. Habrá que prestar mucha atención a ciertos indicadores, por ejemplo, el porcentaje de individuos que utiliza condón con parejas eventuales o comerciales o el porcentaje de usuarios de drogas inyectables que comparte equipo de inyección. Si los métodos de prevención utilizados son eficaces, debería estarse dando un cambio de los indicadores en el sentido correcto, es decir, mostrando el éxito del programa. Por el contrario, si el cambio se da en el sentido opuesto, es señal de que el método no está dando resultado, ya sea porque el propio método no es eficaz o porque no está llegando a un número suficiente de gente; por lo tanto, es necesario reevaluar la situación. El monitoreo y la evaluación no tienen por objeto atribuir cambios específicos a ciertas intervenciones. No obstante, cuando la prevalencia es baja y las intervenciones pocas, vale la pena incluir medidas de exposición a las intervenciones como parte de la vigilancia del comportamiento. Con esto se puede obtener una idea de la cobertura de las intervenciones en marcha y de algún modo determinar si el fracaso del programa se debe a un diseño inadecuado o simplemente a que no está llegando a un número adecuado de personas.

En los países de baja prevalencia, los datos del comportamiento constituyen la mejor fuente de información sobre la eficacia de los programas de prevención.

9. Trabajar de cerca con poblaciones vulnerables y de mayor riesgo que son clave para la prevención. La prevención no será eficaz a menos que tome en cuenta el ambiente y contexto en que se dan los comportamientos y las necesidades de la población objeto. Por lo tanto, es necesario involucrar a grupos de población específicos en la planificación, puesta en práctica y evaluación de las acciones de prevención, para garantizar que se atiendan las necesidades de dichos grupos, que los programas sean apropiados y que se movilicen los propios recursos de la comunidad para atacar el problema. Cuando se trata de imponer programas foráneos sin la participación de la comunidad, las acciones de prevención resultantes pueden ser menos eficaces. Los grupos de población que sufren de estigma son especialmente sensibles a este tipo de problema, dado que a menudo han tenido experiencias negativas con las autoridades y personas externas al grupo.

10. Elaborar un programa de largo plazo en relación con el riesgo y la vulnerabilidad. Lamentablemente, la realidad indica que la transmisión del VIH mantendrá su presencia aun en los países de baja prevalencia. En consecuencia, es importante pensar en el futuro y tomar medidas de largo plazo en relación con la prevención del VIH. Esto implica que el riesgo y la vulnerabilidad deben atacarse a gran escala y afectar los temas complejos discutidos en las secciones anteriores. La prevención dirigida no es suficiente en el largo plazo y, si bien en algunos países de baja prevalencia puede dar buenos resultados, en otros, donde el riesgo está más disperso, puede tener menos éxito. Los países de baja prevalencia también deberían tratar de identificar y lidiar con los factores que aumentan la vulnerabilidad individual.

11. Comenzar pronto y trabajar con constancia. La prevención real es compleja y toma tiempo. Formar la capacidad necesaria toma tiempo, al igual que realizar pruebas piloto de los programas para adecuarlos a las necesidades locales. Extender estos programas y producir cambios de comportamiento en gran escala también toma mucho tiempo. Muchos programas de VIH y sida han estado trabajando con mentalidad de urgencia o crisis por varios años, pero en los países de baja prevalencia es mejor ver las cosas en el largo plazo.

SENEGAL: EL ÉXITO DE HABER EMPEZADO TEMPRANO Y HABER TRABAJADO CON CONSTANCIA

En Senegal, la prevalencia del VIH se ha mantenido baja y constante desde 1989. Los estudios del comportamiento señalan que el uso de condones es alto: 60% de los hombres y 40% de las mujeres de 15 a 24 años de edad informaron que habían usado condón en su encuentro sexual más reciente con una pareja casual. Estos hallazgos se atribuyen a la existencia de ciertas normas sociales, combinadas con una respuesta política fuerte que empezó en una etapa temprana de la epidemia. Esa respuesta incluyó tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, educación sexual en la escuela primaria y secundaria, promoción de condones y mercadeo social.¹⁶

¹⁶ Meda, N., Ndoye, I., M'Boup, S., et al. (1999). Low and Stable HIV Infection Rates in Senegal: Natural Course of the Epidemic or Evidence for Success of Prevention? *AIDS*, 13:1397-1405.

MÉTODOS CLAVE EN CASOS DE GRUPOS DE POBLACIÓN ESPECÍFICOS

Las intervenciones que previenen y disminuyen la transmisión del VIH en los grupos con comportamientos de riesgo se conocen claramente.

PREVENCIÓN DEL VIH ENTRE TRABAJADORES SEXUALES Y SUS CLIENTES

En muchos proyectos se ha encontrado que las actividades de prevención dirigidas a trabajadores sexuales alcanzan su eficacia máxima cuando incluyen los siguientes elementos:

- Información y mensajes sobre cambios de comportamiento
- Promoción de condones y práctica de destrezas
- Servicios de ITS

Los mensajes de prevención de las ITS y el VIH dirigidos al trabajo sexual tienen por objeto reducir los riesgos para la salud, especialmente el de las ITS y el VIH relacionados con la práctica de la profesión. Los conocimientos básicos sobre la transmisión del VIH y la protección que proveen los condones puede que no sea alta en los sitios de baja prevalencia. En consecuencia, los mensajes que promueven el cambio de comportamiento deben tener por objeto crear conciencia y activar la abogacía.

Actualmente, el condón masculino es el único método eficaz y ampliamente disponible de protección contra las ITS y el VIH. Por lo tanto, el acceso a condones y las destrezas necesarias para usarlo de manera eficaz son un componente indispensable del comportamiento preventivo de las trabajadoras sexuales y sus clientes. No obstante, el uso del condón masculino depende de la colaboración del hombre, por lo cual la adquisición de destrezas entre las trabajadoras sexuales debe incluir la negociación y toma de decisiones, para que puedan convencer a sus clientes de que usen condones o, de lo contrario, rechazarlos.

El tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual es una estrategia clave de la prevención del VIH, sea la prevalencia baja o alta, porque ciertas ITS pueden facilitar la transmisión del VIH.¹⁷ A menudo se notifican tasas altas de ITS entre trabajadoras sexuales de los países de baja prevalencia, como las Filipinas.¹⁸ Dada la función preponderante de los grupos más vulnerables en la epidemiología de las ITS, los algoritmos diagnósticos deben ser sumamente sensibles, con el fin de tratar el mayor número posible de infecciones. Los síntomas de las infecciones de transmisión sexual entre los clientes de trabajadoras sexuales y sus parejas pueden tratarse con algoritmos sencillos utilizando un método sindrómico.

Debido a que una gran proporción de las infecciones de transmisión sexual de las trabajadoras sexuales no presentan síntomas, su diagnóstico y tratamiento oportuno es más complejo. No obstante, los algoritmos para el tratamiento de los casos de ITS de las trabajadoras sexuales han sido validados en varios medios y se han aplicado con éxito. Los algoritmos incluyen guías para realizar exámenes mensuales, tratamiento en la primera visita con base en la sospecha de infección, y evaluación adaptada del riesgo.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH ENTRE LOS JÓVENES

Juventud: población sumamente importante para la prevención

- El cambio de comportamiento y actitudes es más fácil de hacer con anterioridad a su instauración
- Los jóvenes son un recurso de la prevención poderoso en sí mismo
- A menudo, se puede llegar a un gran número de jóvenes

Los jóvenes son un grupo importante de la población, sea cual sea la prevalencia del VIH. En el mundo entero,

50% de las nuevas infecciones por VIH surgen entre la población de menos de 24 años de edad. Incluso en los países de baja prevalencia, los programas dirigidos a los jóvenes son fundamentales para construir una sociedad que en el futuro sea resistente a la infección. La mayoría de los jóvenes no ha adoptado aún sus hábitos o modelos de conducta sexual. Es más fácil cambiar su comportamiento y actitudes sexuales antes de que lleguen a la etapa en que éstos se convierten en patrones de conducta de riesgo. Es posible tener acceso a un gran número de jóvenes en instituciones que ya existen y por un costo relativamente pequeño, por ejemplo, en los colegios y otras organizaciones juveniles. Asimismo, la juventud es una fuerza potente en sí misma cuando participa como recurso activo en la prevención. En los países de baja prevalencia sería sumamente útil destinar recursos a la movilización de instituciones juveniles, organizaciones y de los jóvenes propiamente tales, con el fin de elaborar mensajes de prevención y transmisión de destrezas para combatir el VIH.

LA PREVENCIÓN DEL VIH EN RELACIÓN CON LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

Hay señales de que la epidemia del VIH entre consumidores de drogas inyectables puede prevenirse, detenerse, e incluso dar marcha atrás en países de baja o alta prevalencia, siempre que se apliquen estrategias específicas que incluyan:

- Actividades de extensión por pares con base en la comunidad
- Aumento del acceso a equipo de inyección estéril y condones
- Aumento del acceso a tratamiento para la farmacodependencia, especialmente metadona

En los lugares donde se han tomado medidas eficaces, ningún elemento es suficiente por sí solo. Los programas completos, sustentados en principios de desarrollo comunitario, que funcionan en un ambiente de apoyo e incluyen acceso a bienestar social y atención primaria de salud constituyen la base del éxito.

¹⁷ Wasserheit, J.N. (1992). Epidemiologic Synergy: Interrelationships between HIV and Other STDs. *Sex Transm Dis*, 19:61-77.

¹⁸ Department of Health (2000). The 1999 Technical Report of the National HIV/AIDS Sentinel Surveillance System. Department of Health: Philippines.

La prevención del VIH dirigida a los consumidores de drogas inyectables es más eficaz y barata cuando se inicia tempranamente, en lo posible, antes de que el VIH afecte a la población o comience a propagarse ampliamente (antes de que la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables pase de 5%). Una vez que la prevalencia llega a 10% en esa población, puede ascender a 40% o 50% en menos de un año.¹⁹

Cabe recordar que las personas que consumen drogas inyectables a menudo corren el riesgo de contraer o transmitir el VIH por la vía sexual. En consecuencia, los programas de prevención para este grupo de gente deben incluir componentes sobre el riesgo de la transmisión sexual.

Intervenciones relacionadas con el uso de drogas inyectables: reducción del daño, con programas de intercambio de agujas y promoción del uso de condones.

Trabajadoras sexuales y sus clientes: comunicación para el cambio de comportamiento, promoción del uso de condones (100%), diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: comunicación para el cambio de comportamiento, promoción del uso de condones y tratamiento de las ITS.

Concentración en los comportamientos de riesgo, NO en los “grupos de riesgo”

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH EN LUGARES DE BAJA PREVALENCIA

A menudo los programas de VIH y sida ignoran las necesidades de atención y apoyo de las personas que viven con el VIH, sus familias y comunidades cuando la prevalencia es baja. Muchos programas optan por dedicar su esfuerzo exclusivamente a la prevención, debido a que se piensa que, al prevenir la infección, se eliminará la necesidad de dar atención y apoyo.

Las personas que viven con el VIH y el sida necesitan contar con acceso a la atención, sea cual sea la prevalencia del virus en su entorno. En muchos sitios de baja prevalencia, el estigma asociado con el sida aun alimenta las percepciones sobre las personas que viven con la enfermedad y define su comportamiento, con lo cual se afecta la posibilidad de éxito de las intervenciones de prevención. La discriminación contribuye también a dar un carácter invisible a las personas infectadas. Por lo tanto, las intervenciones y políticas diseñadas para combatir la discriminación son indispensables para garantizar el éxito de los programas de prevención, al margen de la prevalencia del VIH en un país determinado.

La prevención, la atención y el apoyo son actividades que se refuerzan entre sí, es decir, sinérgicas, de varias maneras. La atención integral que satisface las diversas necesidades de las personas que viven con el VIH o están afectadas por la enfermedad sirve para crear confianza entre los pacientes, familiares y otros miembros de la comunidad, y para convertirlos en una audiencia receptiva; esto, a su vez, mejora la prevención. Así también se crean las condiciones para que en la comunidad se acepte a las personas que viven con el VIH y disminuya el grado de estigma. Al dar atención se presentan oportunidades de realizar intervenciones de prevención que sean más aceptables y de estimular a quienes reciben atención para que practiquen comportamientos de menor riesgo.

Como mínimo, las personas que tienen más riesgo y las que están infectadas necesitan tener acceso a servicios de pruebas voluntarias y orientación; asimismo, las personas infectadas deberían recibir apoyo psicológico y atención clínica de su infección. En muchos países de baja prevalencia, los grupos de población con mayor riesgo son los más estigmatizados y, por lo tanto, los que tienen menos acceso a la atención de salud de cualquier tipo. Por lo tanto, en el caso de estos grupos vulnerables, existe una necesidad inmediata de dar acceso a las pruebas voluntarias y orientación y a los servicios de atención de la salud, incluidos los servicios de ITS.

¹⁹ Strathdee, S.A., van Amerijden, E.J.C., Mesquita, F., Wodak, A., Rana, S., and Vlahov, D. (1998). Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS*, 12 (suppl A): S71-S79.

Tratamiento antirretroviral: en la mayoría de los países de ingresos altos y prevalencia baja y en algunos de ingresos medianos, la mortalidad y morbilidad por el VIH se ha reducido drásticamente gracias a los tratamientos antirretrovirales. No obstante, dado su alto costo y administración compleja, el acceso a estos tratamientos es limitado en algunos lugares donde, si bien la prevalencia es baja, los recursos son escasos.

A pesar del beneficio evidente de estos tratamientos, los nuevos medicamentos y su distribución amplia tienen algunas repercusiones. La posibilidad de tener un “remedio rápido” para los casos actuales de VIH puede desplazar el factor más importante de la lucha contra la propagación del virus, que es la prevención. Los éxitos logrados con tanto esfuerzo dedicado a la prevención pueden quedar opacados por la urgencia de dar acceso a tratamiento antirretroviral.

En el hemisferio occidental, el aumento de los tratamientos antirretrovirales lamentablemente ha desplazado a los programas preventivos en varios lugares. Algunos estudios recientes entre personas infectadas por el VIH en ciudades como Los Ángeles, Vancouver y Sidney han mostrado una tendencia alarmante en relación con los comportamientos de riesgo (relaciones sexuales sin protección, parejas múltiples y personas que ocultan su estado de infección a sus parejas sexuales potenciales). La prevención, por medio de educación y creación de conciencia, todavía puede ayudar a evitar el conformismo y proteger la vida de otras personas.

Prevención de la transmisión perinatal con la administración de terapia antirretroviral: Hay diversos tratamientos antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH de la madre a su hijo que se recomiendan internacionalmente como el mínimo de atención. Diversos colaboradores de las Naciones Unidas y otras organizaciones no gubernamentales han elaborado guías prácticas para fortalecer la salud materno-infantil, dar servicios de planificación familiar y de orientación y pruebas de detección del VIH, introducir esquemas de tratamiento antirretroviral y proporcionar opciones en relación con la alimentación de los menores de un año de edad.

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENTRE LA POBLACIÓN EN GENERAL

En lugares de baja prevalencia, hay indicaciones de que las intervenciones dirigidas a la población en general relacionadas con las ITS, especialmente en el caso de las mujeres, son problemáticas, debido principalmente a la naturaleza asintomática de la mayoría de estas infecciones y a que los algoritmos de tratamiento son poco específicos. En un estudio realizado en Bangladesh sobre dos algoritmos de manejo sindrómico se observaron tasas altas de tratamiento excesivo entre las mujeres. El estudio cuestionó la eficacia y costo-eficacia que resulta de ligar el control de las ITS con los programas de planificación familiar en los lugares de baja prevalencia, especialmente a costa de los programas de ITS dirigidos a los hombres y grupos de alto riesgo.²⁰

SANGRE INOCUA PARA LA POBLACIÓN EN GENERAL

En el mundo entero, hay millones de personas que aún no cuentan con un suministro constante de sangre inocua. Alrededor de 10% de las infecciones por VIH se adquieren por medio de transmisión sanguínea en los países de escasos recursos, las cuales, en su mayoría, pueden evitarse con las siguientes medidas:

- Disminuir las transfusiones innecesarias por medio del uso clínico eficaz de la sangre
- Educar, estimular, conseguir y retener donantes de sangre con bajo riesgo de infección
- Estudiar toda la sangre donada para detectar agentes infecciosos

Estas intervenciones eficaces para evitar la transmisión sanguínea del VIH se deben aplicar en todos los países, al margen de la prevalencia de la infección. Además, en muchos países, a menudo de recursos escasos, se ha logrado contar con cantidades adecuadas de sangre segura. Por ejemplo, al eliminar los donantes pagados en países como Tailandia y en algunas regiones de la India se ha reducido la seroprevalencia del VIH entre los donantes.

²⁰ Hawkes, S., Morison, L., Foster, S., et al. (1999). Reproductive-tract Infections in Women in Low-income, Low-prevalence Situations: Assessment of Syndromic Management in Matlab, Bangladesh. *Lancet*, 354:1776-1781.

10

CONCLUSIÓN

En lugares de baja prevalencia, la prevención presenta problemas únicos y difíciles; al mismo tiempo, la oportunidad de contener la epidemia es inmensa. Las pruebas demuestran que es posible prevenir el VIH, para lo cual es indispensable seleccionar las intervenciones correctas sobre la base de información acerca de la prevalencia del VIH y de los comportamientos de quienes tienen mayor riesgo. Las experiencias de América del Norte, Europa, y países como Senegal, confirman

que la forma más barata y costo-eficaz de mantener la prevalencia del VIH baja consiste en proporcionar prevención eficaz a una proporción alta de grupos con comportamientos de alto riesgo en una etapa temprana de la epidemia. Simultáneamente, se mantiene el llamado a generar suficiente apoyo político y público para obtener el máximo impacto posible de estas intervenciones tempranas.



Institute for HIV/AIDS
2101 Wilson Blvd., Suite 700
Arlington, VA 22201 EUA
Teléfono (703) 516-9779
Internet: www.fhi.org



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA)
ONUSIDA – 20 Avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Suiza
Teléfono (+41 22) 791 46 51 – Fax (+41 22) 791 41 87
Correo electrónico: unaids@unaids.org – Internet: www.unaids.org